



GOBIERNO DE EL SALVADOR



MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)

| Lugar y fecha:                                      | 04 DE MARZO DE 2021 |   | N° ORDEN:              | 221                |
|---|---------------------|---|------------------------|--------------------|
| NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE: |                     |   | NIT y/o NCR:           |                    |
| ACTIVA, S.A DE C.V. (TEL: 2251-5757)                |                     |   |                        |                    |
| CANTIDAD  | U. M.               | DESCRIPCIÓN   | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
| 30  | CTO                 | TERAZOSIN (CLORHIDRATO) 5 MG TABLETA O CÁPSULA ORAL<br>EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL O FRASCO<br><br>MARCA: ECOMED/LABORATORIOS PHARMEDIC<br>ORIGEN: EL SALVADOR<br>VENCIMIENTO: NO MENOR A 24 MESES<br><br>C-167 | \$ 11.40               | \$ 342.00          |
| TOTAL US \$:  |                     |   | \$                     | 342.00             |

TOTAL EN LETRAS: TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS DOLARES CON 00/100 CENTAVOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| OBSERVACIONES:     |                                       |
| LUGAR DE ENTREGA:  | ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS   |
| TIEMPO DE ENTREGA: | INMEDIATA A MAS TARDAR 5 DIAS HÁBILES |

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

FIRMA DEL TITULAR

5/3/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Licda. Eda Esmeralda alvarado Cinco

TELEFONO: 2133-3129

CORREO: [almacenreactivo@hospitalbloom.gov.sv](mailto:almacenreactivo@hospitalbloom.gov.sv)

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- Favor mencionar el número de la Orden de compra

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

|                          |                 |                 |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| ORIGINAL: SUMINISTRANTE  | FIRMA PROVEEDOR | SELLO PROVEEDOR |
| COPIA: ALMACEN           |                 |                 |
| COPIA: UNIDAD FINANCIERA |                 |                 |
| COPIA: U.A.C.I.          |                 |                 |



5/3/2021